

## マリン体験申込書【個人情報保護】

|      |    |       |    |        |   |
|------|----|-------|----|--------|---|
| フリガナ |    | 性別    | 年齢 | 生年月日   |   |
| 氏名   |    | 男・女   | 才  | 年      | 月 日                                     |
| 身長   | 体重 | 足のサイズ |    | 視力（裸眼） |   |
| cm   | kg | cm    | 右  | 左      | 度付きマスク<br><input type="checkbox"/> 希望する |

※視力が裸眼で0.1以下の生徒には度付きのマスクを貸出し致しますが、極力自分にあった使い捨てコンタクトレンズを使って普通のマスクを利用することをお勧めします。コンタクトは使い捨ての場合のみ使用可能です。（度付きマスクは全ての方に合うわけではないので具合が悪くなる方もいらっしゃいます）

食物に対するアレルギーがある方はご記入下さい。

\*\*\*\*\*

### 【 病歴/診断書 】

① 以下に該当する場合はマリン体験に参加することが出来ません。

該当しない 該当する ※医師の診断書をお持ち頂いても参加出来ません。

- ・現在、病気・怪我の治療中である [ 病名: ]
- ・現在、処方箋による投薬を受けている [ 薬名: ]

② 以下の疾患に罹ったことがある、該当する方はマリン体験に参加することが出来ません。

該当しない 該当する（○で囲む） ※医師の診断書をお持ち頂いても参加出来ません。

- ・てんかん、発作、けいれん、意識消失等、神経・脳の疾患
- ・パニック障害、ADHD、自閉症、うつ病、不安障害、行動障害、閉所恐怖症等 精神系の疾患
- ・心筋梗塞、狭心症、不整脈等 心臓・循環器の疾患
- ・喘息、気胸等 肺・呼吸器系の疾患
- ・インスリン・血糖降下剤により治療中の糖尿病 ・甲状腺の疾患により投薬治療中
- ・投薬(高圧利尿剤、心臓の働きを落とす薬等)治療中の高血圧 ・妊娠中 ・飲酒

③ 以下の疾患に罹ったことがある、該当する方はマリン体験参加にあたり「医師の診断書」が必要です。

該当しない 該当する（該当する場合は該当する項目に○を付け、病名等を記入して下さい）

- ・耳管狭窄 ・乳様突起炎 ・内耳や耳管の疾患 ・副鼻腔の手術(病名: )
- ・大病の経験がある ・手術の経験がある (病名: )
- ・長期間薬を服用していた (薬名: )
- ・過去3ヵ月以内に何らかの医療を受けた (病名: )

※副鼻腔炎、中耳炎、気管支炎、肺炎等は完治していればチェックの必要ありません。

※ ③の質問に「該当する」と答えた方は「医師の診断書」を一緒にご提出下さい。

\*\*\*\*\*

### 【 同意書 】

※マリン体験を行うにあたって十分に健康であり、健康状態は本人の責任において管理します。

※マリン体験中はインストラクターの指示に従い、身体の不調・異変を感じた時は、直ちにインストラクターに申告し、自分自身及び他のメンバーの安全に関して責任ある行動をとります。

【 本人署名欄 】

【 保護者署名欄 】 ※未成年者は保護者の署名をお願いします

令和            年            月            日

令和            年            月            日

氏名

氏名

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_